Rok XXVII. Kraków, 26 Maja 1888. Nr. 21.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiers drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O antipyrynie, szczególniéj pod skórę zastrzykiwanéj.

Podał Dr. Kaczorowski w Poznaniu.

Własność leków przeciwgorączkowych uśmierzania bólów nerwowych w stanach bezgorączkowych już dawno znana od czasu, gdy chinin podawać zaczęto z pomyślnym skutkiem w nerwobólach, szczególniéj nerwu troistego. Zdolności chininu kojenia owych poniekąd rozpaczliwych bólów tłumaczono sobie wprawdzie działaniem chininu przeciwko chorobom torowym, jak np. zimnicy, ponieważ nerwobóle twarzy zwykły występować pewnym torem. Gdy wszakże późniéj także w kwasie salicylowym, mało skutecznym w chorobach malarycznych, jeszcze większą przeciw nerwobólom poznano siłę, którą również dzielą wszystkie w nowszych czasach wytworzone leki przeciwgorączkowe, jakoto kairyna, antipyryna, antifebryna, talina, nie może zachodzić żadna wątpliwość, że wszystkim owym lekom, hamującym podniecony ośrodek cieplny w mózgu, wspólną jest także własność uspakajania podrażnionych nerwów czuciowych. Czas niejaki autorowie francuscy, mianowicie Lépine i Demiéville, Dujardin-Beaumetz, zachwalali antifebrynę jako antineuralgicum, szczególniéj przeciw połowiczym bólom głowy, nerwobólom wszelkim, mianowicie towarzyszącym wiądowi rdzenia pacierzowego. Ostatecznie jednak zdaje się, że antipyryna wzięła górę nad wszystkiemi innemi jako lek kojący wszelakie bóle nerwowe.

Polecona na wstępie przez Wittego, Chromakowa, Ungara, Lépina, Martiusa, Mandla, Schlanga, Gomperza, najgorliwszego znalazła zwolennika w osobie Germaina Séea, który jéj doświadczał z bardzo pomyślnym skutkiem w ostréj dnie, gośćcu, tak ostrym jak przewlekłym, w wszelkich nerwobólach, połowiczych bólach głowy. Ponieważ antipyryna w dawkach 4—6 gramów, jakich potrzeba w przeciągu kilku godzin celem zażegnania owych bólów, łatwo sprawia ciśnienie w żołądku, nudności i wymioty, a poniekąd wysypkę podobną do płonicy, Sée powodowany jéj łatwą rozpuszczalnością w wodzie począł ją zastrzykiwać pod skórę w roztczynie 100%-ym, wstrzykując ½ strzykawki czyli 0,50 na raz w okolicę, gdzie ból najsilniéj się odzywa i przekonał się, że ból w kilka minut już ustaje.

Prócz w nerwobólach Sée zaleca zastrzykiwania antipyryny także w bólach wywoływanych kamieniami żółciowemi i nerkowemi, w dusznicy bolesnéj, w dychawicy, jedném słowém, uważa je za równające się zastrzykiwaniom morfinu bez wywoływania niepożądanych działań ubocznych, jakie morfin na ośrodki nerwowe wywiera, a nawet przewyższające morfin o tyle, że nieraz i chorobę samą szybko usuwają.

Niedawno temu S. Fraenkel z Wrocławia i Henrich z Hanoweru potwierdzili w zupełności spostrzeżenia Séea a nawet przewyższają go w pochwałach tego nowego sposobu leczenia twierdząc, że nieraz jedném zastrzyknięciem antipyriny wyleczyli chorych z różnych nerwobólów.

Od 2 miesięcy doświadczając także tak w zakładzie, jak i u chorych w mieście zastrzykiwań podskórnych antipyryny następujące odnieśliśmy wyniki:

Zastrzykiwania antipyryny w rozczynie przepisanym przez Séea są boleśniejsze od morfinu, już z téj przyczyny, że co najmniéj pół strzykawki Pravaza zastrzyknąć wypada, co mianowicie, gdzie jak na głowie skóra mocniéj przylega do kości, już przez samo napięcie zaraz po zastrzyknięciu silniejszy ból wywołuje, mianowicie u kobiet wrażliwych a nadto, że jeszcze przez kilka dni po zastrzyknięciu pozostawiają w miejscu ukłucia niemiłą obolałość.

Pierwsze zastrzyknięcia 100% roztczynu antipyryny zaleciłem u dziewczyny 25-letniéj dotkniętéj w następstwie róży twarzowéj, przypadłéj właśnie w czasie miesiączkowania, zapaleniem żył odnóg dolnych, występującém z objawami pyemicznemi, a oprócz tego narzekającéj na bardzo gwałtowny ból w okolicy sercowéj. Ponieważ badanie fizyczne ani w sercu ani opłucnéj żadnych nieprawidłowych nie wykrywało objawów, przeto nie mogąc go inaczéj wytłumaczyć jak przypuszczeniem zapalenia nerwu międzyże-

browego, poleciłem Siostrze Miłosierdzia zastrzyknięcie $^1/_2$ strzykawki antipyryny w lewy bok, po czém téż ból znacznie się zmniejszył. Chora jednak żaliła się nazajutrz na silny ból w miejscu zastrzyknięcia, które za dotknięciem było bardzo bolesne. Powtórzone przez Siostrę nazajutrz zastrzyknięcie jeszcze dokładniéj wpłynęło na uśmierzenie bólu wewnętrznego, ale również zostawiło znaczną dolegliwość w miejscu ukłucia. Miejsce zaś pierwszego ukłucia wskazywało białawe zabarwienie skóry w obwodzie ziarnka grochu, co powtórzyło się także w miejscu drugiego ukłucia. Białe owe wysepki pokryły się następnie strupem ciemniejszym, który dopiero po kilku dniach się oddzielił. Byłoto więc ograniczone zgorzele skóry, jakie widywałem często po zastrzykiwaniach pod skórę eteru, a które powstają tylko wtedy, kiedy eter dostaje się do kanaliku przekłucia skóry. Późniéj gdy sam wykonywałem zastrzykiwania antipyryny, otarłszy najdokładniéj igiełkę z płynu, nie zachodziły już takie podrażnienia skóry, ani téż gdy Siostra, zachowując tę samą ostrożność, uskuteczniała te drobne rękoczyny. Że po każdém zastrzyknięciu przepłukać wypada starannie igiełkę, jest przy zastrzykiwaniach antipyryny tém konieczniejszą rzeczą, ile że mocno stężony rozczyn zostawia w świetle igiełki kryształki antipyriny, mogące przy następném zastrzyknięciu tkankę podskórną silnie zadrażnić.

Przypisując na razie znaczną bolesność pozostającą po zastrzyknięciach antipyriny zbytniemu nasyceniu rozczynu 100%go, w chłodnéj ciepłocie nawet łatwo mętniejącemu, doświadczałem czas niejaki tylko 50%go rozczynu, który rzeczywiście nie większy ból wywołuje niż morfin, ale przekonawszy się późniéj, że 100%wy rozczyn przy zachowaniu wyżéj wzmiankowanéj przezorności i rozpostarciu wstrzykniętego płynu w tkankę podskórną za pomocą lekkiego mięsienia nie wywołuje znaczniejszego bólu, powróciłem do pierwotnego przepisu Séea, zaleciłbym jednak ogrzanie rozczynu. Dalsze zastrzykiwania antipyriny wykonywaliśmy przeważnie w nerwobólach, a mianowicie nerwów lędźwiowych, międzyżebrowych, kulszowych.

W jednym zupełnie świeżym przypadku bólu lędźwiowego, który na podstawie zaburzeń w jelicie grubém nagle tak gwałtownie wystąpił, że chory zemdlał i w pierwszéj chwili doznawał opieki dwóch kolegów grona naszego, po uwzględnieniu przyczynowego wskazania za pomocą olejku rycynowego, zastósowaniu prądu galwanicznego i sporych dawek salicylanu sodowego, nazajutrz ból jeszcze tak był dokuczliwym, że chory w łóżku ruszyć się nie mógł. Środek i boki kości krzyżowéj były pod naciskiem bardzo bolesne, zresztą stan zupełnie prawidłowy. Po zastrzyknięciu pełnéj strzykawki 50%go rozczynu antipyriny po jednéj stronie kręgów krzyżowych kazałem choremu po 15 minutach się podnieść i wstać z łóżka, co wykonał wprawdzie jeszcze narzekając na silny ból w drugiéj części krzyża, gdzie nie była zastrzyknięta antipyrina, po zastrzyknięciu także w drugą połowę krzyża téj saméj ilości antipyriny, chory uczuł tak znaczne zwolnienie bólu, że cały już dzień mógł pozostać na nogach. Trzeciego dnia już ledwo ślad pozostał bólu wewnętrznego, a bardzo wrażliwy zresztą chory utyskując tylko na bolesność jeszcze w miejscach zastrzykiwania mógł już uchodzić za wyleczonego.

W zakładzie w dwóch jeszcze przypadkach nerwobólu lędźwiowego doświadczaliśmy podskórnie antipyriny, ale nie z tak doraźnym skutkiem. Chorzy przyznawali się wprawdzie do uśmierzania bólu na przeciąg 10—12 godzin, poczém jednak ból wracał i dalszego wymagał zastrzyknięcia, tak że leczenie wymagało dłuższego czasu. Zresztą nadmienić wypada, że oba przypadki dotyczyły ludzi zatrudnionych ciężką pracą wymagającą dźwigania ciężarów, gdzie obok bólu w lędźwiach i w wyższych pniach nerwów rdzeniowych odzywały się bolesne uczucia chorych, nie szczególnie odżywionych, którym zresztą wypoczynek w zakładzie dogadzał. Jeden z nich wypuszczony po 2 tygodniach jako zupełnie wolny od wszelkich dolegliwości, po kilku dniach wrócił do zakładu, narzekając na te same bóle.

Z przypadków nerwobólu międzyżebrowego zasługuje na szczególniejszą wzmiankę przypadek ostry, bardzo gwałtowny u wyrobnika mającego około 40 lat wieku, u którego trzeci kręg plecowy, miejsce na zewnątrz kąta prawéj łopatki i pod prawą łopatką za naciskiem bardzo były bolesne. Po pierwszém zastrzyknięciu jednego grama antipyriny około kręgu nastąpiło natychmiastowe zwolnienie bólu, nazajutrz zaś ból się głównie odzywał pod brodawką. Zastrzyknięta tam antipyrina wypłoszyła go, ale ból jeszcze odzywał się obok kąta łopatki. Chory doświadczając zawsze po każdém zastrzyknięciu doraźnéj ulgi sam dopraszał się o powtarzanie zastrzykiwań w wskazanych miejscach i jakkolwiek pozostawała mu zawsze pewna obolałość w miejscach przekłutych, po 5 zastrzyknięciach wyzdrowiał zupełnie.

Przypadków, gdzie bóle międzyżebrowe występowały nie samoistnie, ale na tle wewnętrznych spraw chorobowych, jakoto nieżytów dróg pokarmowych, moczowych, dróg rodnych, liczny zastęp poddawany był zastrzykiwaniom antipyriny, zawsze doświadczając znacznéj ulgi, a czasem po jednem zastrzyknięciu, przecięcia od razu gwałtowności bólu. Na wyszczególnienie z pomiędzy tych przypadków, których bliższe określenie za wiele zajęłoby czasu, zasługuje przypadek 26-letniéj dziewczyny, już od 2 lat cierpiącéj na gwałtowne gastralgije, połączone z najdokuczliwszemi bólami po każdym pokarmie, ustawicznem ciśnieniu w dołku, wzdęciu okolicy żołądka, częstemi wymiotami, zaparciem stolca, ustaniem miesiączki od 2 lat, nieżytem macicy.

W obec prawdopodobieństwa wrzodu żołądka, połączonego z wyraźną rozstrzenią zastósowano odpowiednią dyjetę i lekowanie, wreszcie galwanizacyję okolicy żołądka. Mimo powolnego polepszenia trawienia i zwolnienia dawniejszych gastralgij, chora już będąc na nogach i spożywając stałe pokarmy, doświadczała jeszcze od czasu do czasu gwałtownych gastralgij połączonych z wymiotami. Bóle owe w obec wygórowanéj wrażliwości drugiego kręgu plecowego uważając już teraz za wyraz obustronnego zadrażnienia nerwów międzyżebrowych zastrzyknąłem jéj w okolicy bolesnego kręgu 1·0 antipyriny. Bezpośrednio po zastrzyknięciu bóle owe od razu ustały i odtąd w tém nasileniu nigdy się już nieodezwały, chora czuje się zdrową, ale kąpie się jeszcze w zakładzie z powodu niewyrównania jeszcze czynności narządu płciowego.

Nerwoból kulszowy w 5 przypadkach dał nam sposobność do zastósowania podskórnie antipyryny, zawsze z dodatnim, chociaż nigdy doraźnym skutkiem. Leczenie wymagało zawsze 1—2 tygodni czasu, a jeden przypadek opiera się od 6ciu tygodni zupełnemu wyzdrowieniu.

Zdaje się, co zresztą łatwo zrozumieć, że jeżeli nerwoból występuje tak tu jak i w innych pniach rdzenia pacierzowego jako objaw li czynnościowy, zwrotnym sposobem odbijający się na tle zaburzeń narządów brzusznych, antipyrina szybko a czasem doraźnie rozwija swą czynność

uśmierzającą, gdzie jednak cierpienie nerwu jest wypływem zapalnéj sprawy utkania samego nerwu (*neuritis)*, antipyrina mieć może i będzie tylko znaczenie środka łagodzącego, paliatywnego.

W przypadku téż przewlekłego zapalenia błon rdzeniowych wstępującego, gdzie najprzód odzywały się gwałtowne bóle w dolnych odnogach, późniéj w brzuchu, nareszcie piersi, karku, aż nakoniec wystąpił opistotonus, śmierć po 6ciotygodniowéj chorobie, antipyrina pozostawała bez skutku i mniéj uspokajała chorego aniżeli zastrzykiwania morfinu, które przynajmniéj stan jego znośnym czyniły.

Toż samo powiedzieć można o kolce żółciowéj, w któréj nam danèm było doświadczyć także antipyriny. Chory od dawna żółtaczką dotknięty, któréj przyczynę łatwo było wymacać w wypełnionym kamieniami worku żółciowym, po wybryku w dyjecie nagle zapadłszy na najgwałtowniejsze bóle brzucha z zapadem, wzniecającym obawę o życie jego, po antipyrinie doznał tylko małoznaczącego polepszenia, które natychmiast się objawiło, gdy mu zaczęto regularnie wstrzykiwać morfin. W gośćcowych bezgorączkowych zajęciach poszczególnych stawów mieliśmy sposobność raz tylko doświadczyć antipyriny u chorego dotkniętego bólem stawu barkowego, który po dwóch zastrzyknięciach ustąpił.

W połowiczym bólu głowy także widziałem w jednym przypadku działanie dodatnie.

Nakoniec jeszcze słówko ostrzeżenia przed stosowaniem antipyriny w tężcu. Mężczyzna 40-letni, zdrów przedtém i silny, zapadł nagle bez przyczyny urazowéj na gwałtowny tężec. Przywieziony drugiego dnia do zakładu, cały sztywny jak deska i z powodu najgwałtowniejszych bólów w odnogach i całém tułowiu krzyczący, nastręczył nam pokusę doświadczenia, ażali antipyrina, działająca jużto jako środek przeciwko zawsze wysoko w téj chorobie podniecenéj ciepłocie, jużtéż przez Séea zwana lekiem *par excellence* uspokajającym układ mózgo-rdzeniowy (*sédatif du systeme cérebro-spinal*), okaże się może środkiem zbawienia w téj strasznéj niemocy, ale niestety pomimo dwukrotnego zastósowania nietylko że nie wywołała najmniejszéj ulgi, ale sprawa chorobowa zająwszy niebawem mięśnie oddechowe w kilkanaście godzin śmierć sprowadziła.

Razem wziąwszy wszystkie wyniki doświadczeń naszych wysnuwalibyśmy z nich ten wniosek, że antipyrina w formie wstrzykiwań podskórnych jest najdzielniejszym lekiem przeciwko nerwobólom czynnościowym, przewyższającym morfin tak co do trwałości skutku jakotéż o tyle, że chorzy nie doznając żadnego, jak po morfinie, odurzenia, ani téż innych zaburzeń, zaraz po zastrzyknięciu poruszać się mogą swobodnie.

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii zapaleń kłębków Malpighiego

(*Glomerulonephritis*).

Napisał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i pierwszy asystent powyższego zakładu

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Oprócz tych zmian wstecznych wolny przestwór torebki Bowmana mianowicie powierzchnia wewnętrzna téjże może być siedzibą procesów produktywno-zapalnych. Przykładem tego mój przypadek pierwszy i trzeci, zwłaszcza pierwszy. Cornil i Brault, którzy dosyć szczegółowo sprawą zapalną na torebce się zajmowali, nie podają jéj histogenezy. Z dochodzeń embryjologicznych Toldta, Janošika i innych wynika, że torebka Bowmana pochodzi z kanalików skręconych i jest właściwym ich początkiem, że więc owe płaskie komórki wyścielające wewnętrzną powierzchnię torebki są histogenetycznie prawdziwemi przybłonkami, tego samego pochodzenia co i przybłonki kanalików skręconych. Nie sąto zatém śródbłonki i musimy im dla tego odmówić wszelkiego czynnego udziału w zmianach nowotwórczo-zapalnych wyżéj opisanych. To samo odnosi się i do przybłonków pokrywających pętle naczyniowe. I tutaj znów nie pozostaje nam nic innego, jak uciec się do komórek limfoidalnych. Nikt nie zaprzecza, że takowe przy zapaleniu kłębka emigrują z jego naczyń. Własności histologiczne nowopowstającéj tkanki na wewnętrznéj powierzchni torebki wskazują nam jeszcze jedno źródło inne tych komórek limfoidalnych. Przypatrzmy się np. tym kłębkom, w których znajdujemy na torebce półksiężycowy utwór na wewnętrznéj powierzchni torebki ułożony, mianowicie ze strony przeciwnéj od *vas efferens* i *afferens*. Granica między tą tkanką a właściwym kłębkiem naczyniowym wszędzie widoczna, a najczęściéj między niemi wolny i próżny przestwór. Tkanka łączna w powierzchownych warstwach zwróconych ku kłębkowi jest wyżéj zorganizowaną, niekiedy już nie zawiera prócz nielicznych wrzecionowatych jąder i włókien tkanki łącznéj żadnych innych składników, podczas gdy im bliżéj torebki, tém więcéj komórek epitelioidowych i limfoidalnych. W oczkach siatki tkanki łącznéj znajdujemy tu i leukocyty i ciałka czerwone krwi. Musi być zatém jakieś połączenie téj tkanki z innemi naczyniami, a temi mogą być jedynie naczynia naokołotorebkowe, chociaż tego połączenia nie udało mi się wykazać. Langhans nie zaprzecza możności, że leukocyty napotykane w przestworze wolnym torebki mogą pochodzić z naczyń torebki. Moje obrazy histologiczne stanowczo za tém przemawiają. W przypadku pierwszym widzieliśmy, jak przeważający ma udział ta nowowytwarzająca się tkanka łączna w ostatecznèm zniszczeniu małego kłębka, a jak w przypadku trzecim konkuruje w téjże dążności z procesem zapalnym wewnątrz i naokoło naczyń krwionośnych kłębka samego. Przypuścić zatém musimy zgodnie ze zdaniem Cornila i Braulta, że tak torebka jakotéż kłębki mogą być punktem wyjścia zmian zapalnych i że te dwie sprawy mogą przebiegać niezależnie od siebie. Często zmiany na saméj torebce i w najbliższém jéj otoczeniu mogą dać powód do bardzo groźnych objawów klinicznych. Na naciek drobnokomórkowy w sąsiedztwie *vas afferens* i *efferens*, możliwy ucisk tych naczyń i ztąd powstającą uremiję zwrócili już dawniéj uwagę Hlava i Thomayer [1]). Podobne skutki może za sobą pociągnąć i nowopowstająca tkanka łączna na wewnętrznéj powierzchni torebki, jeżli obejmie miejsce wyjścia (resp. wejścia) naczyń kłębkowych, chociażby naczynia wewnątrz kłębka były zupełnie drożnemi. Z tych powodów przypuszczenie dwóch postaci zapaleń kłębków histologicznie różnych, często się wprawdzie kombinujących ale téż i często niezależnych, uważam za usprawiedliwione (*Glomerulocapsulitis* i *Glomerulovasculitis* s. *Glomerulocapillaritis*).

Po tém przedstawieniu rzeczy powróćmy do naszych pytań na wstępie postawionych.

Ad 1) Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że w okresie wyzdrowienia po płonicy powstaje niekiedy zapalenie nerek ograniczone tylko do kłębków Malpighiego. Czy mikroorga-

---

[1]) Akademické podminky vzniku uraemie. Časopis lékařův českých. Roč. 1882.

nizmy wydalane drogą moczu z ustroju są ostateczną tego przyczyną, trudno wykazać, ale jestto prawdopodobném. Co do innych chorób zakaźnych, to dotychczasowy mój materyjał nie pozwala mi czynić uzasadnione wnioski. Tyle tylko powiedzieć mogę, że samoistne zapalenie kłębków, do nich tylko ograniczone, jest chorobą względnie dosyć częstą.

Ad 2) Jeżeli odłączymy zmiany degeneratywne a trzymać się będziemy pojęcia zapalenia w znaczeniu Cohnheima, to za istotne objawy procesu zapalnego w kłębkach przyjąć musimy: ułożenie przybrzeżne ciałek białych w naczyniach włosowatych, ich emigracyję do przestworów międzynaczyniowych, powstawanie za ich głównym udziałem tkanki łącznéj wśród- i naokołowłosowatéj. W obec zupełnie biernego zachowania się jąder śródbłonków na naczyniach włosowatych musimy tym składnikom odmówić wielkiego udziału w nowotworzeniu tkanki łącznéj w świetle naczyń włosowatych i naokoło nich. Być może, że możebne ale dotąd niewykazane zmiany na tych śródbłonkach są w związku z tak zwaném zapalném zadrażnieniem naczyń. Bujanie przybłonków na naczyniach nie ma wielkiego znaczenia, ale towarzysząca temu sprawa wsteczna, t. j. łuszczenie i odpadanie przybłonków do wolnego przestworu torebki, może prowadzić do zatkania tego przestworu, a nadto przybłonki odpadłe i zawieszone w cieczy obfitéj w białko mogą wraz z leukocytami i ciałkami czerwonemi wśród pewnych warunków stanowić materyjał potrzebny do powstania wypociny włóknikowéj (*Glomerulonephritis fibrinosa*), jeżeli włóknik w ogóle na téj drodze powstaje. Według teoryi Mossy większe znaczenie pod tym względem miałyby wybroczyny krwi do torebki Bowmana.

Ad 3) Przybłonki bujające na torebce i odpadające do jéj wnętrza mają to samo znaczenie, co przybłonki pętli unaczynionych. Natomiast wielkiéj doniosłości jest plastyczne zapalenie torebki. Ono samo może prowadzić do zupełnego zniszczenia kłębka, a sprawa ta może sama przez się stanowić istotę *Glomerulonephritis* (*Glomerulocapsulitis*).

Ad 4) Czy każde ostre zapalenie nerek kombinuje się lub zaczyna nawet od zapalenia kłębków, nie mogę ocenić na podstawie mego materyjału. Nie wydaje mi się to jednak prawdopodobném, jeżli pominiemy rozplem, łuszczenie przybłonków i wybroczyny a sprawę zapalną pojmować będziemy w znaczeniu Cohnheima, czyli jeżli w ogóle do zmian istotnie zapalnych się ograniczymy.

Ad 5) Tak od torebki jakoteż z samego kłębka naczyniowego może wyjść sprawa zapalna (*Glomerulovasculitis et Glomerulocapsulitis*), a produkt tego zapalenia, tkanka łączna, może sprowadzić zupełne zamknięcie całego kłębka. Sprawy te nie różnią się niczém od zapaleń produktywnych w innych narządach, chyba têm tylko, że nowowytwarzająca się tkanka łączna częściéj niż gdzieindziéj ulega tak zwanemu zwyrodnieniu szklistemu.

III. Z zakładu leczniczego dla chorych na płuca Dra Brehmera w Goerbersdorfie.

Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu z uwzględnieniem literatury chirurgii płuc.

Napisał
Dr. Teofil Stachiewicz,
asystent tegoż zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Prof. F. Mosler. „*Über Lungenchirurgie*“. (Rzecz czytana na Zjeździe internistów w Wiesbadenie w roku 1883). Od r. 1872 aż do 1883 robił M. dalsze ciągłe doświadczenia uprawiając chirurgiję płuc — tym razem głównie w kierunku wstrzykiwań śródmiąższowych w płuca. Rezultat swojéj 10-letniéj pracy skreśla krótko: „W żadnym przypadku, z wyjątkiem przy bęblowcu płuca, nie miał ze wstrzykiwań pośródmiąższowych oczekiwanego rezultatu, mianowicie zmiany charakteru zapalnego, bliznowatego zaciągnięcia się, całkowitego wyleczenia procesu chorobowego“. Do wstrzykiwań używał różnie silnych rozczynów kw. karbolowego i salicylowego (Schill i Fischer (*Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte* 1884, Bd. II, str. 131) znaleźli w zgęszczonym kw. salicylowym środek, który nie tylko całkowicie niszczy prątki gr. Kocha lecz nawet zarodki) — wstrzykiwania dokonywane pod ścisłą antiseptyką były znoszone bez wszelkich przypadłości. Wprost w szczyty płucne nie wstrzykiwał, aby nie wywołać krwotoków, głównie poprzestawał na średnich i dolnych częściach płuc. W ropiastém zapaleniu oskrzeli, nawet w jednym przypadku ropnia w płucu osiągnął przez częste wstrzykiwania kw. salicylowego w miąższ przemijającą odmianę cuchnącéj plwociny, która jednak twała nie długo. W ostréj zgorzeli płuca nie osiągnął żadnego wyniku dodatniego; prawdopodobnie ilość środka odrażającego dająca się wstrzyknąć jest za małą.

Hiller. „O wpływie odkrycia prątków grużliczych na leczenie grużlicy“ (*Zeitschr. f. Therapie* 1883, Nr. 13. *Rf.* w *Przegl. Lek.* 1883, Nr. 31). Autor między innemi doświadczeniami na chorych ludziach robił także wstrzykiwania śródmiąższowe na 115 chorych ludziach i na 90 zwierzętach. Do doświadczeń używał chorych, którzy przedstawiali najlepsze warunki wyleczenia: chodzili po świeżém powietrzu, nie gorączkowali lub tylko nieznacznie i mieli dobry apetyt. O tych wstrzykiwaniach wyraża się Hiller, że sprowadzają nieprzyjemności dla chorych, a nawet życiu zagrażać mogą i rezultaty jego są bardzo nieświetne. Do doświadczeń używał: sublimatu, jodoformu, bromu, wyskoku etylowego i metylowego, kwasu siarkowodowego, arsenowego, borowego i salicylanu sodowego — stosował równocześnie te leki w różny sposób, jako wziewania, wstrzykiwania wprost w miąższ płucny, zastrzykiwania podskórne, tudzież podając wewnętrznie. Żadnym z tych sposobów i środków nie zdołał usunąć sprawy grużliczéj z organizmu, ani też sprawić, żeby prątki Kocha znikały, polepszenia pojawiały się na krótko i nie trwały długo. Kończąc swą pracę mówi Hiller: „Najgorszemi okazywały się wstrzykiwania w miąższ płucny, najprzód ze względu na silne zadrażnienia tkaniny płuc, a powtóre ze względu na wywolywanie tym sposobem nader uporczywych napadów kaszlu“.

Gouguenheim i Dieulafoy. „Wstrzykiwania do płuc“. (*The Lancet* 1886, I, Nr. 5. *Rf.* w *Przegl. Lek.* 1886, Nr. 10). G. wstrzykiwał do płuc dwuchlorek rtęci w 33 przypadkach posuniętéj już grużlicy a nastawało znaczne polepszenie, jak opóźnienie w utracie ciała i zmniejszenie się wykrztuszania. Dieulafoy z drugiéj strony czynił w r. 1881 wstrzykiwania z rozczynu kw. karbolowego barwiąc go koszenilą, przez co mógł się zapewnić przez oglądanie plwocin, że środek przeciwgnilny dostał się do jamy. Przekonał się jednak, że chorzy cierpieli znaczny ból po wstrzykiwaniach i że nie nastawał żaden pomyślny skutek, tak, że wkrótce porzucił to leczenie.

Aż do znudzenia prawie jest téj literatury w różnych możliwych kierunkach miejscowego leczenia, a kol. Rosenbusch twierdzi, że „od miejscowego leczenia odstręczyła chyba niedostępność narządu i obawa przed zabiegami chirurgicznemi itd....“ Jeśli się posunięto aż do wycinania płuca grużlicą dotkniętego (p. Block), to już to świadczy nie o obawie ale o nadzwyczajnéj odwadze — a wstrzykiwania w miąższ uważali poprzedni autorowie za rzecz wcale nie nadzwyczajną, o czém mógłby się był przekonać sam kol. R, zadawszy sobie trud przejrzenia odpowiedniéj literatury.

Z wielką trudnością przystał Dr. Brehmer, który na wszystkie nowości na polu terapii płucnéj z pewném niedowierzaniem się zapatruje, na robienie wstrzykiwań kreozotu w miąższ płuca na 2 chorych w zakładzie.

R. E., mężczyzna l. 27, z Hamburga, dziedzicznie obciążony, pozostawał w Zakładzie od sierpnia 1887 r., wtedy przedstawiał rozpad w szczycie płuca lewego z licznemi naciekami, w płucu prawém naciek w szczycie, stan gorączkowy do 38·5. W grudniu stan płuc mniéj lub więcéj ten sam, lecz do tego przyłączyło się ostre obrzęknięcie nagłośni, łuków podniebienia miękkiego i błon śluzowych krtani, po kilku dniach powstały rozrzucone wrzody. Niemożność połykania pokarmów stałych (leczenie: pędzlowanie 100% kw. mlekowym), w 2 tygodnie ubytek ciała 2 ft.

Stan obecny dnia 8/3 1888 r. Mężczyzna wzrostu średniego, o kośćcu dobrze rozwiniętym, o skórze bladéj bez podściółki tłuszczowéj, o mięśniach wiotkich. Wychudzenie bardzo znaczne, ubytek przez 3 miesiące 40 ft., waży obecnie 100 ft., (50 klg). Kaszel dość częsty, głównie w skutek drażnienia w gardle, plwociny śluzowo-ropne (150—200 gr. ilość z doby), prątków gruźliczych (1—5) na polu widzenia, włókna elastyczne są, sen miernie dobry, kaszlem przerywany, nad ranem poty. Apetyt i połykanie w ostatnim czasie lepsze, (gdyż i obrzmienie w gardle ustąpiło), stan sił bardzo zredukowany, chory pozostaje w łóżku, gorączka wieczorem 39° C. bez dreszczów, puls 120° o 6 wiecz. przy 39° C., dosyć twardy i nieźle wypełniony. Na podniebieniu miękkiém, nagłośni, bł. śluzowéj fałdów krtani i z tyłu więzadeł prawdziwych wrzody gruźlicze, obrzmienie nieznaczne.

Płuco prawe: *Fremitus bronchialis* nie zbyt wyraźny, wypuk bębenkowy nie całkowicie wyraźny, z przodu od szczytu do III. ż. dół, z tyłu mniéj bębenkowy aż do 2 cm. poniżéj grzebienia łopatki, poniżéj stłumienie około 2 cm., przy wdechu słychać liczne rzężenia średnio- i grubobańkowe, wilgotne i dźwięczne, wydech wyraźnie słyszalny, z przodu oskrzelowy. Płuco lewe w szczycie wypuk bębenkowy, wdech z rzadkiemi rzężeniami średniobańkowemi niedźwięcznemi, poniżéj stłumienie z nielicznemi rzężeniami wilgotnemi, wydech w górze bronchijalny. Uderzenia serca regularne. Zresztą inne organa normalne.

Rozpoznanie: *Caverna pulm. sin. in apice cum infiltratione pulmonis in toto. Pulmo dexter in destructione. Ulcera tuberc. pharyngis et laryngis.*

Doświaczenia z wstrzykiwaniem kreozotu:

	Ciepłota						
D.	10.	12.	2.	4.	6.	8.	
9/3	38·4	38·3	38·4	38·7	39·2	38 9	il. plw. z 24 godzin 180 grm.
10	39·3	38·5	38	38·4	38·7	38·8	I. Przed g. 12 zastrzyknąłem 0·015 zawiesiny kreozotu (Rozczynu, igły i sposobu używałem, jak kol. Rosenbusch podaje) w ol. migdał. w II PMZ. z przodu, w płuco prawe, 4 cm. od brzegu mostka, igłę wbiłem 4 cm. głęboko. Ból nieznaczny przy samém nakłuciu — puls 120 nieregularny. Po niejakim czasie kaszel dosyć silny, z dużą ilością plwocin o smaku i zapachu smołowym, obfity pot. Tuż po zastrzyknięciu w miejscu odpowiedniém duża ilość drobnych dzwięcznych rzężeń.
11	37·7	36·8	37·1	38·3	38·5	38·8	Spał dobrze, kłucia nie miał, **kaszel silniejszy, więcéj odpluwa** — o 9 rano silne poty.
12	38·5	38·5	38 6	39·1	39·4		II. o 1 lnj. 0·02 kreoz. — z tyłu w szczyt pł. praw. **B. silny ból i kłucie.** Smak smoły.
13	38·5	38	38·5	39	39	39·5	Ilość plwocin z 24 g. **400** gr. 1/3 stałe. **Bacille (20—30) na polu widzenia.** Kłucie ustąpiło
14	38	37·9	38	39·1	39	39	il. plw. **422** gr. 1/3 stałe.
15	38·3	37·7	37·9	38·5	39	39·1	438 gr. il. plw. 1/2 stałéj konsyst. — Stan ogólny znośny, kaszel.
16	38·7	37·4	37·3	38·3	38·3	38·5	**III. Inj.** 0·02 kr. z przodu w II. PMŻ. praw. o godz. 10 r. 6 cm. od brzegu mostka, igła 5 cm. w głąb. — Ból nieznaczny — krwotoku nie było — po nakłuciu rzęź. drobne na miejsce nakłucia worek lodowy — il. plwocin z doby 396 gr. 4/5 stałéj.
17	38·5	38·3	38·2	38·3	38·6	38·8	il. plw. **466** gr. 4/5 stałéj — puls dobry — kaszel częsty.
18	37·8	37·3	37·5	37·9	38·6	38·7	il. plw. **500** gr. (1 ft. 1/2 stałéj — kaszel silny i częstszy.
19	38·3	38·2	38·1	38·7	38·9	39	il. plw. **455** gr. 1/2 stałéj. — **Bacill. (20—30) na pol. w.**
20	38·7	38·3	38·2	38 3	38·7	39	il. plw. **255** gr. 1/2. Badanie płuc d. 20/3. Płuco prawe: U góry z przodu i tyłu drżenie klp. czysto oskrzelowe (*fremitus bronchialis*), wypuk z przodu do góry aż do dol. brzegu III. ż. bęb. odgłos rozbitego garnka, z tyłu nie tak wyraźny — wdech i wydech oskrzelowy zupełnie bez rzężeń w miejscu wskazaném, niżéj rzężenia drobno i średniobańkowe, przy kaszlu jakby lekkie chełbotanie. Płuco lewe — jak poprzednio.
21	38·5	38	38·1	38·1	38·6	39	**IV. Inj. 0·03** w III PMŻ. praw. o 10 rano 6 cm. od brzegu mostka, 6 cm. w głąb — znaczniejszy ból kłujący, który po kwadransie ustał — smak i zapach dtto. — il. plw. **327** gr. 1/2 stałéj. — **Bac. (20—30).**
22	38·5	38·5	39	39	38·6	38	il. plwo. 351 gr. 1/2 st. — znaczne osłabienie — puls nieco miękki.
23	39	39·9		39·8			il. plw. 234 4/5 stałe — puls mały wypluwanie z trudnością. W nocy nastąpiła śmierć.

Wynik sekcyi z d. 25/3 1888. W gardle i krtani wrzody gruźlicze. Pod skórą na stronie prawéj w III. PMŻ. nieznaczne wynaczynienia. Płuco prawe wolne od zrostów. Płat górny przedstawia się jako woreczek o cienkich ścianach; po nacięciu widzimy, że ściany te stanowi tylko blaszka opłucnowa, wewnątrz chropawa lecz bez żadnych pozostałości z miąższu płucnego, bez przegród. Zawartość stanowi duża ilość masy ropnéj, gęstawéj, nieco ziarnistéj bez strzępów, bez zapachu — obraz ropnia nie należycie wypełnionego — granicę dolną tego woreczka stanowi zbita masa, odpowiadająca górnéj części płatu średniego i dolnego, płat średni niżéj nietknięty zawiera powietrze, płat dolny w górze z gruzełkowemi guzami, w dole powietrzny. Płuco lewe: w szczycie kilka małych jam, zresztą w całości prawie stwardniałe, w dole powietrzne.

Przypadek II dotyczy P. S., akademika z Poznańskiego, u którego robiłem tylko jednorazowe wstrzyknięcie. Chory znajduje się już od lat 2 w Zakładzie, przebył tutaj zapalenie płuc i odznacza się szczególną skłonnością do krwioplucia, — które jednakże szybko przemija. Gorączka od roku codziennie dochodzi do 38°, daje się jednak 0·25 antifebryną utrzymać na 37.5.

Stan obecny płuc d. 15/3 1888 przedstawia: Klp. po stronie prawéj nieco zapadła, drżenie nieco wzmożone, wypuk po téj stronie z przodu od góry aż do IV. ż. bębenkowy z objawem Wintricha, poniżéj stłumiony — wdech w górze oskrzelowy z rzadkiemi rzężeniami grubo i średniobańkowemi, gdzieniegdzie dźwięczne, wydech wyraźnie oskrzelowy, poniżéj rzężenia średniobańkowe wilgotne przy wdechu, wydech mocno przedłużony, rzężeniami pokryty. Od tyłu w samym szczycie wypuk bębenkowy, zresztą na całéj długości stłumiony, objawy przysłuchu jak z przodu. W płucu lewém w samém szczycie wdech słyszalny, żadnych rzężeń. Apetyt i trawienie dobre, skłonność do krwotoków, gorączka bez antifebryny do 38° C. Ilość plwocin przez dobę 80—1000 gr. 4/5 stałe, ilość prątków 14/12 1887 (2—6) na polu widzenia, 7/3 (5—10) na polu widzenia, włókna sprężyste są. Chory przebywa od 10 rano do 6 wieczór na dworze. Ostatni krwotok nie zbyt duży był 28/2 1888.

g.	10.	12.	2.	4.	6.	8.	
15/3			37·5	37·8	38	38	ilość plwocin z d. poprzed. 24 godz. 899 gr. 4/5 stałe bez antifebryny, kaszel nieznaczny.
16	36·8	37·1	37·3	37·5	38·4	38	**Injectio** tuż po 10 rano, 0·05 kreozotu w II PMŻ. u góry 3 żebra prawego 5 cm. od brzegu mostka, wstrzyknięcie 5 cm. w głąb, bez bólu, tuż po wstrzyk. dużo drobnych rzężeń dźwięcznych, bezpośrednio silny kaszel, w plwocinie nieco czystéj krwi, plwociny z smakiem i zapachem kreozotu. Następnie bardzo silne kłucie rozpromieniające się na całą połowę klp.,

g.	10.	12.	2.	4.	6.	8.	
							które po ½ godz. ustało. Na miejsce wstrzyknięcia worek lodowy, wewnętrznie 0·01 morfinu, plwocina ruszyła się dopiero w nocy lecz niezabarwiona w ilości dotąd niebywałej. Chory pozostal w łóżku.
17	37	37·3	37·7	37·7	37·6	38.3	O 10 rano wstal, czul się zresztą dobrze. O 2 w nocy wybuch krwi, około ⅓ litra morf. i ergot. podskórnie. Do 27 były plwociny jeszcze zabarwione przez ten czas nie mierzyl ciepłoty, lecz czul że ma gorączkę.
29			38·6	40	38·3	38	Po 2 g. dreszcze, o 4 Antifebr. 0·25
30	37·5	38·4	38·4	37·7	37·4		o 12 0·25 Antifebr. podobna ciepłota przez dni następne, ilość plwocin dużo większa, kaszel jak przedtem.
2/4							Wstał z łóżka, ciepłota jak przed temi przejsciami do 38° C. i stan ogólny jak przedtém.

Stan płuc d. 11/4 1888. W płucu prawém objawy wypukowe jak przedtem, ilość rzężeń mniejsza, bardzo mało dźwięcznych. Ilość prątków (1—2) na polu widzenia. Chory ważył d. 31/1 1888 122 ft. i 300 gr., d. 12/4 112 ft. 150 gr., a więc ubytek 10 ft. 150 gr. Na więcéj doświadczeń nie miałem pozwolenia, to téż mimo najlepszéj chęci musiałem ich zaniechać, a przystąpić wraz z drugim kolegą do tych samych doświadczeń na świnkach i królikach gruźlicą szczepionych, których wynik nie omieszkam w swoim czasie podać.

Kol. Rosenbusch pisze, że kaszel zaraz po 1 wstrzyknięciu ustępuje, a po kilku prawie zupełnie, i że ilość plwocin się zmniejsza; otóż doświadczenia moje dają wyniki wprost przeciwne. Kaszel po każdém wstrzyknięciu się zwiększa i trwa daléj, a ilość plwocin wzmaga się ogromnie nawet w trójnasób. O lasecznikach gruźliczych obiecał R. wspomnieć, lecz dotychczas tego nie uczynił, a mojem zdaniem zachowanie się laseczników stanowi najważniejszy cel tego postępowania. W moim przypadku I zwiększyła się liczba laseczników z dawniéj (1—5) do (20—30), w II nieco się zmniejszyła.

W przypadkach podanych przez R. wszędzie gorączka spadała aż do cieploty normalnéj, ja nie widziałem żadnego wpływu na gorączkę prócz nieznacznych krótkotrwałych wahań; nie należy jednak zapominać, że kol. R. mierzy tylko 2 razy dziennie, a to w gruźlicy dla poznania już saméj istoty jest niewystarczającém, tém bardziéj celem udowodnienia tak śmiałych wywodów przynajmniéj co 3 godziny wypadało mierzyć.

Działanie wstrzykniętéj zawiesiny kreozotu przedstawia mi się w ten sposób, że działa ona tak samo jak każde ciało obce: zapalnie lecz i desinfekcyjnie. Że zaś ciecz dostaje się do miejsca chorego, a więc do *„punctum minoris resistentiae“*, to też zapalenie jest silne destruktywne ze wszystkiemi swojemi następstwami, a więc z pomnożeniem ilości plwocin jako produktu rozpadu, ilości laseczników, które na glebie korzystnéj bo zapalnéj szybko się rozmnażają. Jestto taki sam obraz, jak kiedy w sąsiedztwie rozpadu w płucu wytworzy się nieżytowe zapalenie płuc. Że proces jest silnie rozpadowy, udowadniają w przypadku 1-szym objawy wypukowe i przysłuchowe za życia i stwardnienie przy sekcyi. Kaszel silniejszy daje się wytłumaczyć zadrażnieniem oskrzeli, jak to Mosler, Hiller na 115 przypadkach udowodnili.

Nie jestem jednak za porzuceniem tego leczenia, lecz za uwzględnieniem przytém pewnych warunków i szczególnych wskazań. Najważniejszym warunkiem jest, aby lekarz robiący ten bądź co bądź rękoczyn chirurgiczny był bardzo dobrze obeznanym z najdokładniejszem rozpoznawaniem, które, mojem zdaniem, dopiero po długiem ćwiczeniu się pod okiem wprawnych już w tym kierunku specyjalistów da się uzyskać.

Wskazania do robienia wstrzykiwań śródmiąższowych w płuca:

1. Jeżeli płuco tylko po jednéj stronie jest gruźliczo zajęte i przedstawia rozpad czy to poczynający się, czy to jako jamę, robiąc wstrzykiwania po obu stronach można sprowadzić szybki obustronny rozpad.

2. Jeśli chory nie jest zbyt skłonny do krwotoków, gdyż każdy wybuch krwi zagraża życiu, nie należy go przeto sztucznie sprowadzać.

3. Jamy nie w szczytach winny być powierzchowne.

4. W silnych naciekach gruźliczych, które uporczywie utrzymują się wśród gorączki z bardzo licznemi lasecznikami i nie okazują żadnych dążeń ani do rozchodzenia się ani do rozpadu, stan ten prowadzi bardzo często do wytworzenia się gruźlicy prosówkowéj. Wstrzyknięcie sprowadzi rozpad i może wywołać odgraniczenie się procesu chorobowego. Nawet w naciekach rozległych możnaby wstrzyknięciem (lecz nie w kilku bardzo odległych miejscach wstrzykując) sprowadzić częściowy rozpad odgraniczony, zmienić lasecznikom grunt odżywczy, przez co uratowałoby się dalsze części od następowego rozpadu. Nieraz już miałem sposobność spostrzegać, że przy takich rozległych naciekach nawet z małemi już rozpadami po wybuchu krwi obraz chorobowy po niejakim czasie do tego stopnia się zmieniał, że wybadać można było jamę odgraniczoną, a okolica wyczyściła się i wyleczenie późniéj szybko następowało.

5. W przypadkach nawet obustronnego rozpadu, gdy chory trawiony jest ciągłą gorączką, a więc gdzie się już nie ma nic do stracenia, o których kol. R. wyraża się, że je już leczyć nie chcemy“ (*sit venia verbo*). Naturalnie należy rodzinie jego wytłumaczyć, że jestto ostatni środek.

6. Wskazania podane przez dawnych autorów, zwłaszcza Moslera, Fengera, Hollistera i t. d. przy bąblowcu w płucach i jamach zgorzelinowych, przewlekłych, powierzchownych.

Do wstrzykiwań należy używać igieł 5—7 cm. długich, nieco silniejszych, o przekroju 1—1½ mm., aby przy nagłym kaszlu igła się nie odlamała. Antiseptyka rozumie się sama przez się. Po wstrzyknięciu powinien chory przez kilka godzin zupełnie spokojnie poleżeć i położyć na miejsce wstrzyknięcia worek lodowy. Żeby zaś mieć dokładny obraz kliniczny, należy ciepłotę mierzyć co 2 godziny, oznaczać ilość plwocin i laseczników, tudzież ciężar ciała chorych itd. Kto ma sposobność bez wielkiéj odpowiedzialności robić te doświadczenia, winien z tego korzystać, technika bowiem jest prosta i życiu nie zagraża, jeżeli się wyżéj podane wskazania uwzględni, gdyż naczynia większe dają się łatwo ominąć, trzeba tylko robić wkłucie w pewnéj odległości od mostka.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. H. Ziemssen (Mnichów): **O leczeniu duru brzusznego.** Obok ogólnych środków zapobiegawczych higijenicznych poleca autor pokarmy białkowate, łatwo strawne, jak wyciśnięty sok mięsny. Kalomelowi przypisuje Z. działanie pewne i podaje go w początku choroby po 0·5 trzy razy w 2 godzinach. Największą wagę przywięzuje Z. do zabiegów wodoleczniczych, składających się z kąpieli o 24°R. do 14°R. a 15 do 30 minut trwających. Im wyższa ciepłota ciała, im groźniejsze objawy mózgowe, tém zimniejszéj używa się wody, lecz nigdy mniéj niż 14°. Najwięcéj zaleca powolne ochładzanie wody kąpielowéj. Z leków przeciwgorączkowych używa Z. antipyrinu, chwali téż talin i antifebryn, porzuca zaś chinin z powodu jego ubocznych nieprzyjemnych działań. Lekkie objawy mózgowe wymagają okładów za pomocą pęcherza lodowego; cięższe przypadki nerwowe czynią kąpiele, względnie zimne zlewania niezbędnemi. Bezsenność i dłużéj trwający niepokój zwalcza się podskórném stosowaniem morfinu a skłonność do osłabienia serca środkami podniecającemi,

jak winem, kamforą itp. Uporczywe biegunki leczy się makowcem, krwawienia z kiszek okładami za pomocą pęcherza z lodem na brzuch, względnie lawatywami z zimnéj wody. W okresie ozdrowienia należy przedewszystkiém zastosować wielką ostrożność co do dyjety i aż do 5 dnia po pierwszym zupełnie wolnym dniu od gorączki podawać wyłącznie pokarmy płynne. Wstać z łóżka nie wolno przed 14 dniem od czasu ustąpienia gorączki a po ciężkim durze dopiero po trzecim lub czwartym tygodniu. (*Centralbl. f. klin. Medicin*, 1888, Nr. 6). *Dr. R. Spira.*

Siegrist (Zurych): **Kliniczne zestawienie przypadków raka wątroby.**

Zachęcony przez prof. Eichhorsta zestawił S. przypadki raka wątroby, spostrzegane w klinice od 1874—1886 roku. Wyniki zestawienia są następujące: Na 201 chorych, a na 4 chorych dotkniętych rakiem przypada jeden z rakiem wątroby. Najwięcéj było chorych z rakiem żołądka, na 311 mających raka było 199 z rakiem żołądka. Z 77 przypadków raka wątroby sekcyjonowano 63, a w tych 12 razy czyli 18% był rak wątroby pierwotny, a z nich znowu znaleziono go częściéj u kobiet niż u mężczyzn. Wszystkie osoby nim dotknięte przekroczyły były wiek 45 lat. Dziedzicznym był tylko w 2 przypadkach. Kamyki żółciowe, otyłość lub zranienia ani razu nie wchodziły w rachubę jako przyczyny. W przypadkach pierwotnego raka wątroby częściéj napotykano żółtaczkę aniżeli w następowych; należy ją na podstawie materyjału S. uważać za późny objaw raka wątroby. Żółte widzenie zaznaczono tylko raz. Puchlinę brzucha sprawdzono na 77 przypadków 33 razy, częściéj znowu w pierwotnym niż następowym raku. Bóle istniały we wszystkich przypadkach. W 17% przypadków wykazano następowe powiększenie śledziony. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1888, Nr. 8). *H. K.*

(*H. K.*) Prof. Leube: **O białkomoczu fizyjologicznym.** L. ogłasza dalszy ciąg poszukiwań swoich w sprawie białkomoczu fizyjologicznego. Autor głosił w dawniejszych pracach, że u zupełnie zdrowego człowieka może się w moczu pojawić białko po nadmiernéj pracy mięśni. Obecnie podaje, że w pozornie zupełnie prawidłowym moczu można białko w małych ilościach wykazać, że jednak na odwrót niekiedy nie znajduje się nic białka, człowiek pozornie zdrów, a tymczasem badanie wykazuje przerost serca i zmiany znane na siatkówkach, osad choćby nieznaczny okazuje pod drobnowidem wałeczki, że nierzadko nie ma ani przerostu serca, ani białka w moczu, za to wałeczków bardzo mało lub zaledwo kilka w osadzie a chory umiera nagle wśród napadu mocznicy. (*Ztsch. f. kl. Med.*, T. XIII, Z. 1).

Choroby dzieci.

Kahlden: **O marskości wątroby u dzieci.**

Marskość wątroby u dzieci w ogóle jest rzadką. K. miał sposobność robić sekcyje dwojga dzieci nią dotkniętych, u jednego z nich za życia marskości nie rozpoznano, dziecko umarło z róży, drugie umarło z zapalenia błonicowego migdałków. W obu przypadkach nietylko makro- ale i mikroskopowo marskość wątroby sprawdzono. Dotychczas ogłoszone przypadki wykazują albo bezpośrednią albo pośrednią przyczynę téj choroby u dzieci, i tak wymieniają na podstawie autopsyi zmiany anatomiczne i nieprawidłowości w przebiegu przewodów żółciowych głównych (Freund), gruźlicę wątroby (Ziegler), kiłę (Birch-Hirschfeld), zimnicę przepuszczającą (Steffen), inni obwiniają o to wyskok; w obydwu przypadkach K. żadnéj przyczyny anatomicznéj ani anamnestycznéj wykazać nie można było. Na zdanie Laura i Honorata (*Etude sur la cirrhose infantile* w *Revue men.*), jakoby choroby zakaźne (odra, płonica, ospa) mogły dać powód do zapalenia śródmiąższowego wątroby, nie zgadza się K. wcale, a skłania się do wypowiedzenia zdania, że są przypadki marskości wątroby u dzieci, w których żadnéj przyczyny wykazać nie jesteśmy w stanie. (*Münchener med. Wochenschr.* 1888, Nr. 7 i 8). *H. K.*

Medycyna sądowa. (C. d.)

Braun młodszy (w Wiedniu): **Nowy przyrząd do cucenia dzieci zamartwiczo urodzonych.**

Na posiedzeniu Tow. położniczo-ginekol. w Wiedniu d. 21 lutego rb. odbytém B. przedstawił przyrząd, według wskazówek swoich przez Leitera sporządzony, mający na celu rozszerzenie klatki piersiowéj noworodka według praw fizycznych bez przyczynienia się mięśni i utorować powietrzu drogę do płuc. W puszce metalowéj znajdują się sanki, do których daje się noworodka z miernie wyprostowaną szyją, poczém zamyka się puszkę, któréj część przodkowa od wewnątrz wysłana jest warstwą skóry, w któréj znajduje się otwór podłużno-owalny. Za pomocą śruby puszka zostaje zwężoną tak, że otwory ust i nosa dziecięcia dostają się w otwór puszki, podczas gdy twarz hermetycznie do jéj ścian przylega. Za pomocą rurki kauczukowéj z puszki wychodzącéj lekarz cucący aspiruje powietrze, skutkiem czego powietrze w puszce rozrzedza się a skutkiem ciśnienia ujemnego, w ten sposób wywołanego, rozszerza się klatka piersiowa noworodka, podczas gdy przez usta i nos powietrze wpada do klatki piersiowéj. Po 3—4 takich aspiracyjach można ocucić dziecko zamartwicze. U dziecka martwo urodzonego sekcyja, wykonana przez prof. Hofmanna wykazała, że oba płuca w zupełności napełnione były powietrzem i pływały. Rozumie się samo przez się, że przed apsiracyją należy oczyścić jamę ustną i połyk od śluzu.

W dyskusyi Gärtner podaje, że według doświadczeń robionych w zakładzie sądowolekarskim przyrząd ten jest o wiele odpowiedniejszy i prędzéj prowadzi do celu, aniżeli wahania Schultzego. Braun starszy stwierdza, że przyrządu tego używa już z korzyścią w klinice. Uszczypliwą czyni Rokitańsky uwagę, że byłoby rzeczą pożądaną, aby sprawdzono statystycznie, czy też w skutek zaprowadzenia tak licznych nowszych sposobów cucenia obecnie więcéj utrzymuje się dzieci pozornie martwo urodzonych, aniżeli dawniéj. (*W. med. Blatter*, 1888, Nr. 19).

(Jeżeli sposób ten okaże się praktycznym, posypią się zapewne znów zarzuty przeciw próbie płucnéj; zarzuty te atoli nie będą miały większéj doniosłości praktycznéj, aniżeli uczynione próbie płucnéj pod wpływem sposobu Schultzego). (*Sprawozd.*)

V. Korespondencyja.

List z Jawy.

Z listu prywatnego wyjmujemy kilka ustępów, w nadziei, że one zainteresują kolegów. Piszącym list ten jest szan. nasz współpracownik Dr. Maks. Gumplowicz, krakowianin, dawniéj kierownik zakładu Priessnitzthal pod Mödlingiem, a późniéj lekarz wojskowy w służbie holenderskiéj w Indyjach. Przeszedłszy do służby cywilnéj zajmuje obecnie posadę fizyka okręgu Kendal na Jawie.

„..... zdawszy w Batawii potrzebne egzamina, mając już trochę dobrych koneksyj, a przedewszystkiem — pochlebiam sobie — niezłe imię podczas mojéj służby w marynarce holenderskiéj uzyskane, wkrótce dostalem niezłą posadę rządową, która nieco przypomina nieboszczyków „Kreisfizyków". W okręgu Kendal, zajmującym jakie 25 mil kwadratowych i liczącym około 300,000 mieszkańców, jestem jedynym lekarzem. Z ramienia rządu mam poruczoną sobie służbę sanitarną (dozór nad szczepieniem, nad prostytucyją, epidemije, policyją sanitarną i t. d.) i obowiązkowe leczenie niższych urzędników, ubogich, więźniów i t. d. Nawet w zawodzie szan. Profesora niedawno fuszerowałem: asystowałem przy ekshumacyi i odbylem sekcyję sądową, następnie wyrznąłem im sążniste *visum repertum* — którego konkluzyja (na otrucie) przez rozbiór chemiczny treści żołądkowéj została potwierdzoną. Scena odegrała się przy świetle pochodni, na cmentarzu pod gołem niebem, wśród wiecznie zielonych palm i olbrzymich urostygmatów.

Prócz służby rządowéj mam jeszcze stałą posadę lekarza fabrycznego w czterech wielkich cukrowniach w okolicy położonych, trochę praktyki prywatnéj u zamożniejszych rodzin europejskich, chińskich i krajowych, ambulatoryjum dla ubogich, aptekę, stacyję meteorologiczną, a wkrótce dostanę mały szpitalik! Słowem zajmuję się chcąc niechcąc *omnibus rebus et quibusdam aliis.*

Mimo to praktyka wcale nie jest uciążliwą: ludzie tu przyzwyczajeni sami sobie radzić w zwykłych przypadkach i dla lada bagatelki lekarza nie nudzą i nie fatygują, ogromna masa krajowców zaś to tylko w wyjątkowych przypadkach radzi się lekarza europejskiego, mianowicie w ciężkich chronicznych chorobach, jeżli już wszystkie leki krajowe przez stare baby stosowane, amulety, wiersze koranu, rozmaite czary itp. nic nie pomogły. To też małe moje ambulatoryjum przedstawia wiele ciekawych przypadków, mianowicie co do chorób skórnych: pemphigus, framboesia, strupień, lepra, lupus, strasznie zaniedbane wrzody rozmaitego rodzaju, dalej wiele *conjunctivitis blenorrhoica* i *trachomatosa*. Miejscowa epidemija *beri-beri*, niedawno w tutejszem więzieniu wybuchła, dostarczyła mi kilku ciekawych obserwacyj, o których nigdzie w literaturze wzmianki nie ma, a które z czasem przy większym materyjale obrobię.

Zresztą okolica bardzo zdrowa: dotąd w czteromiesięcznej praktyce nie miałem ani jednego przypadku cholery ani dysenteryi a w ogóle bardzo mało chorób przewodu pokarmowego, co przypisuję doskonałej wodzie artezyjskiej, jaką tu mamy. Chorób płuc jak w ogóle w Indyjach tu bardzo mało, ztąd zimnica w różnych kształtach, dalej choroby weneryczne, skórne i inne stanowią główny kontyngens przypadków chorobowych.

Życie socyjalne jak na Indyje wcale niezłe. Przedewszystkiem pozycyja moja socyjalna jest tu bardzo piękna. Czas jakoś nieznacznie mija: całe przedpołudnie od 8-éj do 2-éj zwykle zajęte praktyką, popołudniu „*siesta*“, wieczór na pisaniny urzędowe i prywatne, czytanie, bawienie się mikroskopem, wizyty towarzyskie, partyjki wista, bilard i t. d. Co wieczór przychodzi dziennik przynoszący telegramy europejskie z tego samego dnia, tak, że np. o śmierci cesarza Wilhelma i o tracheotomii następcy tronu w ten sam wieczór eszcze się dowiedziałem. Raz na tydzień przychodzi poczta europejska z listami i dziennikami (*Przegląd* bardzo regularnie nadchodzi tylko Nr. 2 z b. r. gdzieś ugrzązł). Raz na miesiąc jadę sobie własną karetką i końmi do o 2 godziny odległego miasta Semerang — wielkiego jak Kraków — gdzie siedzi mój protomedyk, jest wielki szpital wojskowy, kilku znajomych kolegów i t. d.

Życie wcale niedrogie — chociaż się wygodnie urządziłem i wygodnie sobie żyję — tak, że większą połowę dochodów sobie oszczędzam.

Zdrowie służy mi doskonale: im więcéj w ruchu jestem, tém jestem zdrowszy, gorąco wcale mi już nie dokucza, jak gdybym się tu urodził.

Tak więc *post tot discrimina rerum* wreszcie czegoś się dochrapałem, szkoda tylko że to trochę daleko od kraju, dokąd człowieka zawsze coś ciągnie!

Otóż chciałem dać krótką wiadomość o sobie, a rozpisałem się jak stary dziad, przepraszam! i kończę“.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Djakonow: **Statystyka ślepoty i etyjologija jéj wśród ludu rosyjskiego.** Moskwa, 1888. (Rozprawa inauguralna).

Jako materyjał do téj pracy posłużyli autorowi ślepi, szukający porady w ciągu 8miu lat w moskiewskim oftalmicznym szpitalu, oraz u tamecznych okulistów i znajdujący się w dobroczynnych zakładach stolicy. Obejrzano 7861 ślepych, u których zanotowano utratę wzroku na obu oczach u 2792 osób. Co do etyjologii ślepoty, autor trzyma się klasyfikacyi Magnusa: z wrodzoną ślepotą obu oczu było 89 (3,19%), ze ślepotą w skutek chorób ocznych 2,085 (74,68%), w skutek uszkodzeń głowy i oczu 90 (3,22%), a ślepych w skutek ogólnych chorób organizmu 474 (16,97%). W 1éj grupie zapisano najwięcéj przyp. *anophthalmus* (2,11%) i *mikrophthalmus* (0,72%); w 2éj jaskrę (22,74%), chorobowe zmiany rogówki (18,83%), zanik n. wzrokowego (14,11%) i *blenor. neonatorum* (5,05%); w 3éj pierwsze miejsce zajmują ociemniali w skutek bezpośrednich uszkodzeń oka (1,43%), potém idą oftalmije sympatyczne (1,07%); nareszcie w 4éj grupie najwięcéj tracących wzrok od ospy (6,88%), od chorób mózgu i błon jego (5,77%) i przymiotu (1%). Co do płci to kobiet zapisano więcéj w 1éj i 4éj grupie, w drugiéj i trzeciéj zaś więcéj mężczyzn; z jaskrą było 24,65% mężczyzn i 20,25% kobiet, z zanikiem nerwu mężczyzn 16,50%, kobiet 10,99%. Ślepota wrodzona i zależna od ogólnych chorób ciała częściéj zdarza się w miastach niżli po wsiach; ślepota od uszkodzeń głowy i oczu jednakowo często obserwuje się po wsiach i po miastach, ślepota zaś w skutek samoistnych chorób oczu rzadsza jest w miastach (72,13%) niżli po wsiach (74,58%), ponieważ w miastach chorzy prędzéj korzystają z porady lekarskiéj, szczególnie w uleczalnych chorobach rogówki, które u włościan często się kończą fatalnie. Niektóre jednak choroby częściéj w miastach prowadzą do ślepoty niżli po wsiach; jaskra w miastach 26,68%, po wsiach 20,48%; zanik nerwu w miastach 14,01% a po wsiach 10,88% *blen. neonatorum* 9,84% w miastach (w Moskwie 11,34% wszystkich ślepych!) i 2,56% po wsiach. Tylko ospa wywołuje ślepotę rzadziéj wśród mieszkańców miasta (3,73%) niżli wśród włościan (8,32%), zapewne dla tego, iż w miastach więcéj rozpowszechnione szczepienie ospy. Autor zbadał 5069 osób, które utraciły wzrok na jedném oku: 2586 na prawém i 2466 na lewém. Wrodzoną ślepotę notowano w 40, ślepotę od samoistnych chorób oczu u 4033 osób, od uszkodzeń 533 osób, od ogólnego rozstroju organizmu 381 osób. Wrodzona ślepota i utrata wzroku od chorób organizmu częściéj zdarza się na obu oczach niżli na jedném, podczas gdy ślepota z przyczyn 2éj i 3éj częściéj ma miejsce tylko na jedném oku. *Dr. J. Talko.*

(*H. K.*) Zeszłego roku miał Fischer sposobność spostrzegania i leczenia 2 przypadków **rozsianego zapalenia kości u tokarzy zajętych przeważnie przy perłowéj macicy,** opisanego w r. 1870 po raz pierwszy przez Englischa pod nazwą *osteomyelitis subacuta progressiva recidiva*. Przebieg choroby w jego 2 przypadkach zgadza się zupełnie z opisami Englischa, wyjąwszy to, że nie było w nich gorączki; na podstawie własnych poszukiwań wykazuje F., że choroba ta jest w Wiedniu częstszą niż w Berlinie; przyczyną tego ma być z jednéj strony okoliczność, że w Wiedniu zajęci są przy téj robocie przeważnie chłopcy, w Berlinie zaś sami dorośli, nadto że w Berlinie używają do wyrobów przeważnie skorup z *haliotis gigantea*, w Wiedniu zaś z *avicula margarifera*. Jaki zachodzi związek pomiędzy chorobą a zajęciem, nie można dotychczas orzec, ani nawet nie jest udowodnioném, żeby **konchiolin**, jak to chce Gussenbauer, słusznie o to obwiniać można. (*Münchener med. Wochensch.*, 1888, Nr. 8).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 maja. Na ostatniém posiedzeniu Wydział lekarski przedstawił Ministerstwu do nominacyi asystentem przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj na rok Drda Steinkellera. Następnie przyznał nagrody z funduszu śp. protomedyka Jakubowskiego, a mianowicie: 1) kwotę 400 zła. za pracę p. t. „Jakiemi drogami i w jakiéj postaci dostaje się tłuszcz do światła naczyń; autorami téj pracy są kand. med. Czapliński i Rosner; 2) kwotę 300 zła. Drowi Gustawowi Piotrowskiemu za 2 prace o unerwieniu naczyń; 3) kwotę 300 zła. za pracę p. t.: „Jakie są przyczyny niejednostajnéj pobudliwości rozmaitych części jednego i tego samego nerwu“; autorem téj rozprawy jest kand. med. Beck. — Wreszcie Wydział uchwalił, aby odtąd prof. pedyjatryi Jakubowski rok rocznie odbywał kurs o szczepieniu, trwać mający od 2—6 tygodni po 2 godziny tygodniowo.

* Wczoraj rozpoczął się egzamin dla kandydatów, chcących się ubiegać o posadę w służbie zdrowia publicznéj. Zgłosiło się tym razem 6 kandydatów. Egzaminowi przewodniczy protomedyk Biesiadecki.

* W Cieplicach czeskich do d. 17 bm. było gości 242.

* Szarlataneryja popłaca. *Gaulois* donosi, że w dzielnicy paryskiéj Clignaucourt doniesiono komisarzowi o „cudownym“ lekarzu, który szeroką ma praktykę, pomimo, że do niéj żadnego nie ma uprawnienia. Jakże atoli zdziwił się komisarz, gdy wezwany przezeń lekarz przedłożył mu dyplom doktora medycyny, uzyskany w Paryżu przed 27 laty. Na zapytanie ko-

misarza, dla czego więc zataja swój dyplom i naraża się na posądzenie o partactwo, wyjaśnił ów lekarz, że na mocy dyplomu rozpoczął przed ćwierć wiekiem praktykę, cieszył się liczną klijentelą, ale bezpłatną, w skutek czego był zmuszony sprzedać swoje meble dla zaspokojenia wierzycieli i wynieść się do Ameryki. Tam zaoszczędziwszy sobie sumkę małą powrócił do Paryża i rozpoczął handel mały, niechcąc ponownie doświadczać szczęścia w praktyce. Tymczasem kilka przypadków udanych kuracyj narobiło mu rozgłosu pomiędzy sąsiadami, którzy, nie pojmując, jakim sposobem kupiec tak szczęśliwie leczy, okrzyczeli go lekarzem cudownym, a co ważniejsza wynagradzali sowicie jego starania. Przekonawszy się, że szarlataneryja więcéj przynosi aniżeli nauka, wykonywa od lat 10 praktykę na szeroką skalę, pozostawiając klientów w mniemaniu, że jest lekarzem cudownym. Prosi téż komisarza, aby zwierzenie się jego zatrzymał w tajemnicy.

* **Petersburg.** Z powodu braku awansów w Akademii lek. studenci innych wydziałów lek. w r. b. nie będą mogli przenosić się do Akademii. Studentów wyznania izrael. wcale nie przyjmują. W ogóle pierwszeństwo mają co do przyjęcia ci, którzy ukończyli gimnazyja w okręgu naukowym petersburskim. Ponieważ wszystkie posady lekarzy wojskowych są zajęte, w r. b. nikt z lekarzy, którzy kończą nauki w uniw. rosyjskich, posady w służbie wojskowéj nie otrzyma. Przepełnienie wszędzie ma być tak znaczne, że noszą się z zamiarem umieszczenia lekarzy na posadach gospodarczych w zakładach wojskowo-lekarskich.

Dr. J. Talko zdaje sprawę w „Wiestniku oftalmicznym" z polskich prac okulistycznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Giessen.** Niebawem urządzoną zostanie tu katedra higijeny; jako kandydatów na nią wymieniają: Drów Löfflera i Renka z Berlina, prof. Grubera z Wiednia i Lehmanna z Würzburga.

* **Odznaczenia.** Dr. Zygmunt Lindner we Lwowie otrzymał tytuł radzcy cesarskiego. — Dr. Henryk Blumenfeld, krakowianin, b. sekundaryjusz prof. Obalińskiego, naczelny lekarz kolejowy w Belgradzie, przy sposobności otwarcia kolei do Tessaloniki, otrzymał order Takowy. Jestto ten sam kolega, który w roku przeszłym, przez oszczerstwo niewinnie uwięziony został. — Radzca rządowy i lekarski w Düsseldorfie Dr. Weiss, mianowany został tajnym radcą rządowym. Dr. Weiss, dawniéj w Szczecinie, jest tłumaczem poetów naszych, głównie Mickiewicza.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Adolf Kuhn rodem z Krakowa.

* **Nekrologija.** Równocześnie prawie umarło dwóch zasłużonych profesorów okulistyki: Heiberg w Chrystyjanii w 42 roku życia i Agnew w N. Yorku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 5: Krówczyńskiego: Główne grzechy wychowania fizycznego (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Sokołowskiego: O samodzielném głębokiém (obrzękowém) zapaleniu krtaniu; Przewoskiego: Niezwykła mnogość różnych pierwotnych nowotworów u jednego i tego samego osobnika (dok.); Rappla: Ostre otrucie rtęciowe przy zewn. stosowaniu sublimatu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 20: Janiszewskiego: Wycięcie 32cm. kiszki cienkiéj, zakończone wyzdrowieniem.

Sprostowanie. W Nrze 20 w artykule prof. Obalińskiego na str. pierwszéj szpalcie 2éj w. 13 od góry zamiast „dowodząc" ma być „donosząc".

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 410. **KONKURS.**

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę lekarza miejskiego w Starym Sączu w powiecie Nowo-Sądeckim, z roczną płacą 300 złr. a. w.

Termin do wnoszenia podań do dnia 30 maja 1888 r. Życzący sobie objąć tę posadę zechcą podania wnieść do Zwierzchności miasta w Starym Sączu, któráto posada, dopiero po roku będzie stabilizowaną. Doktorowie medycyny mają pierwszeństwo.

Stary Sącz d. 29 kwietnia 1888.

Burmistrz *Tokarczyk*.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.